

Ensemble de ressources à l'intention des directeurs généraux (DG) et des cadres supérieurs pour favoriser une culture propice à la sécurité des patients

Markirit Armutlu, Donna Davis, Alain Doucet, Annette Down, Dale Schierbeck et Polly Stevens

Annexe 2 : Ensemble de la culture de sécurité des patients (formaté)

Ensemble de la Culture de sécurité des patients pour DG/cadres supérieurs

SÉCURITÉ DES PATIENTS
PROGRESSER AVEC LES

1. Renforcement de la capacité

Priorisation à l'échelle de l'organisation, pratiques de leadership qui suscitent la volonté d'améliorer la sécurité

2. Exécution

Actions au niveau de la première ligne qui améliore la sécurité des patients

3. Apprentissage

Pratiques d'apprentissage qui renforcent les comportements sécuritaires

Priorité organisationnelle

- Conseil d'administration renseigné, engagé et imputable qui priorise la sécurité?
- Vision, stratégie, plan, objectifs en matière de sécurité/qualité (avec la contribution des patients, des familles, du personnel, des médecins)?
- Ressources/infrastructure au soutien de la sécurité/qualité?

Attitudes de leaders du DG/des cadres supérieurs?

- Communication constante sur la vision, les expériences, les résultats en matière de sécurité/qualité?
- Interaction régulière/journalière avec les unités/milieu de soins, le personnel, les médecins, les patients et les familles?
- Modèle de valeurs clés (par ex. intégrité, équité, transparence, ouverture, apprentissage, respect, humanité, intégration, soins centrés sur la personne)?

Ressources humaines

- Membres de la direction/du personnel et du corps médical engagés; attentes/incitatifs en matière de sécurité/qualité?
- Protocole/programme de « culture équitable »?
- Protocole de gestion des comportements indésirés?
- Sécurité du personnel et des médecins (physique/psychologique/épuisement); programme d'environnement sécuritaire?

Information sur la santé/technologie/appareils

- Dossiers médicaux électroniques au soutien de la sécurité (par ex. soutien à la prise de décision, alertes, surveillance)?
- Technologie/appareils au soutien de la sécurité (par ex. facteurs humains, traçabilité)?

Harmonisation du système de santé

- Collaborations à l'échelle de la communauté/de l'industrie?
- Harmonisation avec les normes nationales/internationales (par ex. normes d'agrément, réglementaires, professionnelles, de l'industrie)?

Milieu de soins et gestionnaires

- Pratiques intégrées axées sur la sécurité dans les unités/milieu de soins (par ex. briefings quotidiens, gestion visuelle, résolution de problèmes localement)?
- Gestionnaires/leaders médicaux qui soutiennent la sécurité psychologique (encouragement à s'exprimer)?

Processus de soins

- Processus de travail/de soins uniformisés lorsque c'est approprié?
- Protocoles de communication/de prise en charge de patients (par ex. aux changements de quarts/entre les différentes unités dans le continuum de soins)?

Engagement des patients et des familles /coopération dans la prestation de soins

- Partenaires de patients/familles dans tous les aspects des soins (par ex. planification, prise de décision, politique sur la présence des familles, rondes, accès au dossier médical/aux résultats de test)?
- Patients/familles participant aux initiatives locales axées sur la sécurité/qualité?
- Protocoles de divulgation et d'excuse?

Résilience/conscience situationnelle

- Processus de dépistage précoce/en temps réel des risques liés à la sécurité et de la détérioration de l'état d'un patient (par le personnel/les patients/les familles/les médecins)?
- Protocoles dans le cas d'inquiétudes grandissantes relativement aux soins (par le personnel/les patients/les familles/les médecins)?

Éducation/renforcement de la capacité

- Membres de la direction/du personnel et du corps médical formés en sécurité et en science de l'amélioration, travail d'équipe, communication?
- Formation basée sur le travail d'équipe, exercices de pratique?

Déclaration/gestion/analyse des incidents

- Système de déclaration des risques/incidents efficace au regard des événements touchant les patients/les familles et le personnel/les médecins (par ex. l'examen des quasi-incidents, des événements qui ne devraient jamais arriver, des cas de mortalité/de morbidité)?
- Processus structurés pour réagir aux événements liés à la sécurité/aux incidents critiques et pour en tirer des leçons (par ex. l'analyse des systèmes, la participation des patients/des familles/du personnel/des médecins ainsi que leur soutien)?

Évaluation de la qualité/sécurité et compte rendu

- Évaluation de la culture de sécurité sur une base régulière; plaintes des patients/familles; et engagement du personnel infirmier/médical (par unité/milieu de soins et à l'échelle de l'organisation)?
- Processus de qualité/sécurité rétrospectifs et prospectifs, et mesure des résultats?
- Rapports réguliers et transparents sur les résultats obtenus des stratégies liées à la sécurité/la qualité?

Améliorations opérationnelles

- Méthodes structurées, infrastructure pour accroître la fiabilité, opérations facilitées (par ex. cycle PEEA (Planifier-Exécuter-Étudier-Agir), méthode Lean, ingénierie des facteurs humains, analyse prospective des risques)?



Adaptation de : Singer & Vogus (2013). Reducing hospital errors: Interventions that build safety culture. *ARPH* 34:373-96 JANVIER 2018